



# FONDO DE EMPLEADOS

## GRUPO ACCIONPLUS

Sello recibido del Fondo

FECHA DILIGENCIAMIENTO

D  M  A



# ASOCIACIÓN

INGRESO  MODIFICACIÓN

Ciudad: \_\_\_\_\_

### MEDIO POR EL CUAL USTED SE ENTERO DEL FONDO

Sala de contratación  Ejecutivo de cuenta  Capacitación asesor Fondo  Otro Cuál: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA		NOMBRES	
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> No. _____		FECHA DE EXPEDICIÓN	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		BARRIO	ESTRATO	COMUNA	CIUDAD DE RESIDENCIA
ESTADO CIVIL	TELÉFONO	CELULAR	*CORREO ELECTRÓNICO		
EMPRESA DONDE LABORA ACTUALMENTE		DIRECCIÓN TRABAJO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CARGO DESEMPEÑADO
PROFESIÓN	SUELDO MENSUAL \$	FECHA DE INGRESO DD MM AAAA	ASALARIADO	CIU 0010	

INGRESOS MENSUALES \$	EGRESOS MENSUALES \$	OTROS INGRESOS \$
ACTIVOS \$	PASIVOS \$	CONCEPTO OTROS INGRESOS
PATRIMONIO \$		

¿Por su cargo o actividad, maneja recursos públicos? Sí  NO       ¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público? Sí  NO

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? Sí  NO       Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique:

¿Se encuentra actualmente afiliado a otro fondo de empleados? Sí  NO       Especifique cuál: \_\_\_\_\_

### OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Sí  NO       Cuáles: \_\_\_\_\_

¿Posee cuentas en moneda extranjera? Sí  No. Cuenta \_\_\_\_\_ NO

Declaro que realizo transacciones en moneda extranjera Sí  NO

BANCO	MONEDA
CIUDAD	PAÍS

### REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE	TELÉFONO	OCUPACIÓN	DIRECCIÓN RESIDENCIA
--------	----------	-----------	----------------------

### REFERENCIA PERSONAL

NOMBRE	TELÉFONO	OCUPACIÓN	DIRECCIÓN RESIDENCIA
--------	----------	-----------	----------------------

### APORTES A REALIZAR

Porcentaje de salario devengado mensual entre el 3% y 10%, que no exceda 1 Salario Mínimo Mensual Legal Vigente:  %

### GRUPO BENEFICIARIO PARA AUXILIO Y SERVICIO FUNERARIO

PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO
Padre:			A/ M/ D/
Madre:			A/ M/ D/
Cónyuge			A/ M/ D/
1-Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/>			A/ M/ D/
2-Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/>			A/ M/ D/
3-Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/>			A/ M/ D/
4-Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/>			A/ M/ D/
5-Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/>			A/ M/ D/
1 - Hermano:			A/ M/ D/
2 - Hermano:			A/ M/ D/
3 - Hermano:			A/ M/ D/

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. Con los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Autorizo al Fondo de Empleados para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.
5. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad.

Certifico que tengo pleno conocimiento que en el momento que se termine mi vínculo laboral con el Grupo Accionplus, tengo 30 días calendario para diligenciar el formato de **SOLICITUD DE RETIRO DEL FONDO DE EMPLEADOS Y DEVOLUCIÓN DE APORTES Y AHORROS** de acuerdo a lo establecido en el parágrafo del Artículo 16 del Estatuto.

Estoy enterado(a) que para la devolución de los Aportes y Ahorros, debo diligenciar el formato de retiro. Entiendo que estos aportes y ahorros NO los reintegran con la liquidación de las prestaciones sociales del contrato. Así mismo, hago constar que tengo conocimiento que mi grupo familiar para el servicio funerario es el siguiente:

**Asociado soltero:** Titular sin límite de edad; padres sin límite de edad; hermanos desde el sexto (6) mes de gestación hasta los 30 años; hermanos discapacitados sin límite de edad.

**Asociado casado:** Titular y cónyuge sin límite de edad; padres o suegros sin límite de edad; hijos desde el sexto (6) mes de gestación hasta los 30 años; hijos discapacitados sin límite de edad.

**Períodos de carencia:** por muerte accidental o violenta a partir del primer mes de descuento de la cuota del fondo de bienestar social. Por muerte natural con excepción de enfermedades graves (cáncer y VIH) 30 días; muerte natural por cualquier causa a partir de los 120 días.

**y autorizo descontar de mi salario los valores correspondientes a Aportes, Ahorro,  
Cuota Fondo de Bienestar Social y Cuota de Asociación**

**EN EL MOMENTO DE DESVINCULARME DEL FONDO DE EMPLEADOS GRUPO ACCIONPLUS, EL VALOR DESCONTADO POR CUOTA FONDO DE BIENESTAR SOCIAL NO SERÁ REINTEGRADO.  
COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERÍDICA Y AUTORIZO AL FONDO DE EMPLEADOS PARA QUE LA VERIFIQUE.**

## AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Como titular de la información, autorizo a FONDO DE EMPLEADOS GRUPO ACCIONPLUS de manera previa, expresa e informada, para tratar mis datos personales y distribuirlos a terceros con el fin de obtener beneficios declarados en los reglamentos y estatutos del fondo y en general para el tratamiento de mis datos con cualquier finalidad propia del objeto del FONDO DE EMPLEADOS GRUPO ACCIONPLUS. Así mismo declaro que conozco la totalidad de los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales se establecen en la Ley 1581 de 2012:

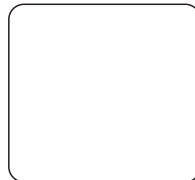
- a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los Responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado;
- b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento, de conformidad con lo previsto en el Artículo 10 de la Ley 1581 de 2012;
- c) Ser informado por el Responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a sus datos personales;
- d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen;
- e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de industria y Comercio haya determinado que en el Tratamiento el Responsable o Encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la Constitución;
- f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

El responsable del tratamiento de los datos es FONDO DE EMPLEADOS GRUPO ACCIONPLUS ubicado en la calle 25N # 5N-48 Local 8 Tel. 608 0909.

Así mismo autorizo a FONDO DE EMPLEADOS GRUPO ACCIONPLUS para enviarme correos electrónicos, mensajes de texto o contactarme por cualquier otro medio, con el fin de suministrarme información respecto a ofertas del mercado laboral o cualquier información con ello relacionada.

La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable.

Firma del titular de la información  
C.C. \_\_\_\_\_



Huella

## VERIFICACIÓN DATOS DEL SOLICITANTE

OBSERVACIONES:

Fecha realización entrevista D  M  A

Fecha verificación información D  M  A

Nombre y firma de funcionario  
que realizó la entrevista

Nombre y firma de funcionario responsable  
de verificación de información